



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000356586

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1000635-27.2020.8.26.0498, da Comarca de Ribeirão Bonito, em que é apelante SPA SAÚDE - SISTEMA DE PROMOÇÃO ASSISTENCIAL, são apelados BIANCA TEREZA GALHARDO MASCARO (REPRESENTADO(A) POR SUA MÃE) e ANA LUCIA GALHARDO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Nos termos do art. 942 do Novo Código de Processo Civil, foram convocados outros julgadores pelo presidente da sessão, para a conclusão do julgamento, restando assim o resultado: Por maioria de votos, negaram provimento ao recurso, vencido o 2º desembargador, que declara voto., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente), GIFFONI FERREIRA, CORRÊA PATIÑO, HERTHA HELENA DE OLIVEIRA E JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES.

São Paulo, 10 de abril de 2025.

ALVARO PASSOS
relator
Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto nº 49886/TJ – Rel. Alvaro Passos – 2ª Câmara de Direito Privado
Apelação cível nº 1000635-27.2020.8.26.0498 - dg
Apelante: S P – S de P A
Apelados: B T G M (menor) e OUTRO
Comarca: Ribeirão Bonito – Vara Única
Juiz(a) de 1º Grau: Victor Trevizan Cove

EMENTA

ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA – Custas – Impugnação à gratuidade – Declaração de incapacidade econômica para arcar com as despesas processuais, sem prejuízo da manutenção da parte – Concessão – Presunção de veracidade da declaração de pobreza – Ausência de elementos que autorizam inferir serem falsas as afirmações da apelante – Decisão mantida – Recurso improvido.

CONTRATO – Prestação de serviços – Plano de saúde – Autora, menor, diagnosticada com Síndrome de Joubert (CID 10: Q04.9) e quadro compatível com Transtorno do Espectro Autista (CID 10: F84.0) – Indicação de “RSHO Gold Label líquido 8,5 mg CBD/ml frasco com 118 ml”, a base de canabidiol – Negativa de fornecimento – Inadmissibilidade – Inclusão, na apólice, de tratamento para a moléstia, devendo toda e qualquer medida tendente a minimizá-la ou eliminá-la ser coberta, não cabendo à seguradora estabelecer a terapia, o material ou a medicação a ser prescrita, mas ao médico que assiste o paciente, por ser o profissional habilitado para tanto Súmula nº 102 desta Corte – Descabimento de limitar o acobertamento, com base em resolução ou rol da ANS – Impossibilidade de tais atos limitarem direito previsto em legislação que lhe é superior – Lei 14.454/22 – Tratamento não experimental – Eficácia do tratamento indicado – Existência – Alegado uso domiciliar que refere, apenas aos medicamentos comuns em geral – Recurso improvido.

Vistos.

Trata-se de recurso interposto contra a r. sentença de fls.288/296 que, em ação de obrigação de fazer, de contrato de plano de saúde, decidiu:“(...) Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido formulado na exordial, com fulcro no art. 487, inc. I, do CPC, o que faço para condenar a requerida em obrigação de fazer, determinando que forneça à autora o medicamento “RSHO Gold Label líquido 8,5mg CBD/ml”, nas quantidades e demais especificações indicadas nos receituário médico encartado à fl. 29, facultando-se a substituição por medicamento genérico ou similar, mas respeitando-se rigorosamente os princípios ativos, sob pena de fixação de multa diária em caso de descumprimento. Fica a autorizada a incidência de valores a título de coparticipação, conforme previsão contratual, desde que observadas as diretrizes fixadas nesta sentença. O medicamento deverá ser disponibilizado para retirada pela autora ou representante, mediante a apresentação de receita, que deverá ser atualizada a cada 6 (seis) meses. Sucumbente, arcará a requerida com as custas, despesas processuais e honorários advocatícios, estes últimos fixados em 10% do valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, § 2º, do CPC. Ciência ao MP.(...)”.

Inconformada, a demandada recorre e, diante das razões de fls.305/321, pugna pela alteração do julgado. Em preliminar, alega que a impugnação à justiça gratuita concedida à autora deve ser acolhida. No mérito, em síntese, aduz que, é uma operadora de plano de saúde constituída na modalidade de autogestão, razão pela qual não há que se falar em aplicação do Código de Defesa do Consumidor, com fundamento na Súmula 608, do Superior Tribunal de Justiça; que, ao contrário do entendimento do juízo a quo, a falta de registro junto à ANVISA constitui óbice ao fornecimento do medicamento pela apelante; que, o fato da ANVISA, de maneira excepcional, permitir sua importação por pessoa física, não significa que o medicamento tenha registro no referido órgão regulador, sendo certo que, a permissão de importação não se confunde com o registro no órgão regulador; que, ao contrário do entendimento do juízo a quo a recusa de

cobertura assistencial da apelante não é abusiva; que, ao contrário do entendimento do juízo a quo, a importação do medicamento pelo paciente não afasta a caracterização de medicamento de uso domiciliar; que, além da substância não ter registro na ANVISA e de se tratar de medicamento de uso domiciliar, não está inserida no rol de procedimentos e eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Com a resposta, subiram os autos.

Após parecer ministerial, o recurso foi remetido para julgamento.

É o relatório.

Trata-se de ação de obrigação de fazer, em contrato de prestação de serviços, de plano de saúde.

A preliminar não deve ser acolhida.

Com efeito, o art. 99 § 3º, do CPC presume verdadeira a alegação de insuficiência deduzida pela pessoa natural, o que foi devidamente cumprido pela requerente, que, ainda, juntou documentos que demonstram não possuir capacidade financeira para arcar com as custas do processo, sem prejuízo da própria manutenção.

Por certo, a presunção de pobreza é relativa, podendo o juiz, se houver dúvidas, indeferir a concessão do benefício, permitindo, antes da negativa, que a parte comprove sua necessidade (art. 99, § 2º, do CPC).

Não há elementos nos autos que afastem a presunção de veracidade do alegado estado de pobreza. Ademais, não há

sinais de fortuna a manter a negativa do benefício.

Como bem constou da cota ministerial de fls.347/353: “(...)No caso, há prova da incapacidade financeira do núcleo familiar da apelada. Considerando a documentação relativa aos rendimentos da genitora (fls. 37/39), extratos bancários e cópias de declaração de imposto de renda (fls. 200/208) e a contribuição mensal do genitor, no valor de R\$ 1.200,00, conforme esclarecido à fl. 198 e visto nos extratos de fls. 200/202, verifica-se que os valores não atingem quatro salários mínimos federais, parâmetro da hipossuficiência econômica em caso de 'entidade familiar composta por pessoa com deficiência ou transtorno global do desenvolvimento', conforme artigo 2º, § 4, 'c', da Deliberação nº 89, de 08/08/2008, do Conselho Superior da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Não é caso, portanto, de acolher a impugnação da apelante.(...)”.

Quanto ao mérito, a autora, menor, foi diagnosticada com menor, diagnosticada com Síndrome de Joubert (CID 10: Q04.9) e quadro compatível com Transtorno do Espectro Autista (CID 10: F84.0), sendo-lhe indicado “RSHO Gold Label líquido 8,5 mg CBD/ml frasco com 118 ml”, a base de canabidiol, negado pela recorrida.

A tese defendida pela Empresa apelante não é nova, ao contrário, é sempre apresentada e afastada pelos Tribunais.

Ao abranger, no contrato, determinada moléstia, não cabe à seguradora definir qual o meio a ser utilizado para o seu tratamento, inclusive para fins de averiguação e origem da doença, assim como a terapia que deve ser adotada para fins de cobertura.

Anota-se que toda e qualquer medida tendente

a minimizar ou eliminar a doença relacionada deve ser coberta, sob pena de inviabilizar a própria fruição do plano contratado, devendo ser considerada abusiva toda cláusula que exclui de sua cobertura procedimento cuja moléstia encontra-se acobertada.

Assim têm-se entendido:

PLANO DE SAÚDE – AUTOR, MENOR PORTADOR DE ENCEFALOPATIA EPILÉPTICA (CID: G93.4), ATRASO DO DESENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO (CID: G40) E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID 10: F84) - RECOMENDADO MEDICAMENTO À BASE DE "CANABIDIOL" - MOLÉSTIA COBERTA PELO CONTRATO – TRATAMENTO INDICADO POR MÉDICO – ABUSIVIDADE DA RECUSA – INTELIGÊNCIA DO INCISO IV DO ART. 51 DO CDC – A PECULIARIDADE DE UM PROCEDIMENTO NÃO CONSTAR DO ROL DA ANS NÃO ISENTA A SEGURADORA DO DEVER DE CUSTEÁ-LO - INTELIGÊNCIA DA SÚMULA 102 DO TJSP – APROVAÇÃO DO "CANABIDIOL" PELA ANVISA (RDC 335 e 372, DE 2020) – AUTORIZAÇÃO DE USO QUE EQUIVALE A REGISTRO – MEDICAMENTO A SER MINISTRADO COM SUPERVISÃO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE – PRESCRIÇÃO MÉDICA – RECUSA INJUSTIFICADA - OPERADORA NÃO APONTOU A EXISTÊNCIA DE OUTRO TRATAMENTO LISTADO NO ROL DE PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS DA ANS COM EFICÁCIA PARA O TRATAMENTO DO AUTOR (RECURSOS ESPECIAIS 1.886.929/SP E 1.889.704/SP) – DANO MORAL - INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS - INDENIZAÇÃO INDEVIDA - SENTENÇA MANTIDA – RECURSOS DESPROVIDOS. Apelação cível número 1007369-23.2021.8.26.0477. Relator(a): Theodureto Camargo. Comarca: Praia Grande. Órgão julgador: 8ª Câmara de Direito Privado. Data do julgamento: 27/03/2025. Data de publicação: 27/03/2025.

VOTO DO RELATOR EMENTA – PLANO DE SAÚDE – OBRIGAÇÃO DE FAZER – Procedência decretada – Inconformismo da seguradora – Afastamento – Inexistência de cerceamento de defesa – Desnecessária dilação probatória para o deslinde da

controvérsia – Mérito: Custeio do medicamento à base de canabidiol (Hemp Oil, RSHO Gold Label) ao autor – Admissibilidade – Mudança de entendimento jurisprudencial, no sentido de que derivados do canabidiol já possuem autorização especial, produção e venda no Brasil pela ANVISA, o que significa que estão devidamente regulamentados pela agência de saúde (ainda que inexistente registro formal) – Circunstância que, conforme recentes posicionamentos, inclusive desta Câmara, autoriza a cobertura de medicamentos desta natureza, especialmente para controle de sintomas relacionados ao transtorno do espectro autista (hipótese dos autos) – Inaplicabilidade do Tema 990 ao caso concreto – Sentença mantida – Recurso improvido. Apelação número 1011518-68.2022.8.26.0011. Relator(a): Salles Rossi. Comarca: São Paulo. Órgão julgador: 8ª Câmara de Direito Privado. Data do julgamento: 14/06/2023. Data de publicação: 14/06/2023.

Ademais, trata-se de entendimento já sumulado por este Tribunal, o qual não se encontra superado, e que só pode ser revisto pela própria Corte responsável pela sua edição:

Súmula 102: Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.

A lei 14.454/22 modificou a questão, em relação à taxatividade, havendo cabimento do fármaco no caso, eis que ele não é experimental e há eficácia do tratamento indicado – conforme relatório médico acostado.

Ainda, não assiste razão à demandada, pela alegada negativa de cobertura, como mencionou o MM. Juiz “a quo”, “(...)In casu, o diagnóstico da moléstia que acomete a autora encontra-se delineado no relatório médico encartado às fls. 26/27. O documento ainda traz em seu

bojo o tratamento indicado e a sua dosagem, conforme prescrição de especialista na área. Desta forma, a operadora do plano de saúde não pode se eximir de fornecer o tratamento prescrito pelo médico que assiste a demandante, uma vez que a cobertura oferecida pelo contrato refere-se às moléstias previstas no pacto, não cabendo à requerida definir os tratamentos que julga adequados ao caso. Admitir postura contrária seria submeter o paciente a propósitos exclusivamente econômicos, que visam a favorecer a empresa, colocando em risco a saúde da segurada.(...)”.

Igualmente, não há falar-se em restrição permitida por Resoluções, por não ser possível que tais normas limitem direito previsto em legislação que lhe é superior.

Com o avanço rápido da medicina e de alternativas mais modernas para tratamentos convencionais, e tendo em vista que o rol da ANS é atualizado de tempos em tempos, por óbvio há uma defasagem entre a prescrição médica e a cobertura oferecida pelas seguradoras. Além disso, considerando-se a especificidade de determinadas doenças, a cura, ou a chance de sobrevivência do paciente, com dignidade, é feita utilizando-se drogas e meios cada vez mais recentes, devendo de ser respeitada a prescrição do profissional que cuida do enfermo.

Assim, conceder contratualmente direito a uma terapia, mas vedar a realização de exames de controle da doença, ou o fornecimento de medicação a ela associada, ou do tratamento, indispensáveis à extirpação da moléstia do paciente, revela a impossibilidade de o contrato firmado atingir o fim a que se destina, causando, por conseguinte, desequilíbrio na relação contratual.

Entendimento divergente, limitando o fornecimento de todos os meios necessários à recuperação/manutenção da

saúde, fere o direito fundamental à vida, previsto na Carta Maior, e que deve prevalecer sobre qualquer outro. Considerada, ainda, a Legislação Civil, ressaltase que tais contratos revestem-se de função social, o que restringe a liberdade dos contratantes, nos termos do art. 421 do CC/2002, deixando de ser paritários e simétricos, ante a presença, por exemplo, da hipossuficiência de uma das partes.

Fica, ainda, consignado que, a despeito de incumbir ao Estado a prestação da saúde, ao transferir para a iniciativa privada, esta deve de assumir a prestação do serviço tal qual o ente público, já que atua em substituição a este, tendo assumido a obrigação de prestar os cuidados necessários ao tratamento das doenças previstas contratualmente.

Além disso, o consumidor que procura pelo sistema privado de planos de saúde visa a contar com serviços melhores, pagando alto preço por isto, e a não depender da precariedade estatal, de forma que não se pode aceitar que as seguradoras ofereçam seus produtos como se o consumidor possuísse garantia de acesso a todo e qualquer tratamento, iludindo-o, quando, na verdade, encontrará negativa de cobertura ao buscar procedimentos mais avançados e custosos. Sendo assim, a cobertura do tratamento prescrito é de rigor, conforme determinado na origem.

Ademais, a Anvisa aprovou o uso do canabidiol, conforme RDC 335/20 e 372/20.

Igualmente, não prospera a alegação de uso domiciliar, eis que voltada apenas, quanto aos medicamentos comuns, em geral.

Assim têm-se entendido:

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE

SAÚDE. MEDICAMENTO CANABIDIOL. TUTELA DE URGÊNCIA. I. CASO EM EXAME 1. Agravo de Instrumento interposto contra decisão que deferiu a tutela de urgência pretendida pela parte autora. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. A questão em discussão se resume ao debate suscitado pela Ré quanto ao não preenchimento dos requisitos para concessão da tutela de urgência. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. Fornecimento do Medicamento Óleo Medicinal Integral de Cannabis Predominante em CBD 6000mg Óleo CBD Full Spectrum Medkaya (200mg/mL – 5mg/gota) em virtude de diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista nível de suporte II. 4. Laudos médicos que são claros ao estabelecer o quadro clínico do Autor, bem como a necessidade de utilização imediata do medicamento guerreado para tratamento do seu quadro clínico. 5. Súmula 102 do E. TJSP. 6. Rol da ANS: Taxatividade do Rol que não é absoluta. 7. Alegação de Uso Domiciliar: Exclusão tão somente de medicamentos comuns em geral. 8. Evolução da medicina e da indústria farmacêutica que ocorre no sentido de minorar a necessidade de tratamentos no âmbito hospitalar, criando medicamentos que são, em essência, o próprio tratamento necessário para combater a moléstia, como o tratado na hipótese destes autos. 9. Aplicação da Resolução 335, da ANS: Autorização da ANVISA para importação do Fármaco que tem lastro na sua Resolução RDC, nº 17/2015 (art. 2º, §§ 1º e 2º), afastando-se, portanto, eventual violação do Tema 990 do C. STJ. 10. Ré que poderá pleitear o ressarcimento de eventuais prejuízos por ela suportados em caso de improcedência da ação. 11. Necessidade de preservar, por ora, a integridade física e psíquica do beneficiário. IV. DISPOSITIVO E TESE 12. DECISÃO MANTIDA – RECURSO NÃO PROVIDO. Tese de Julgamento: "De acordo com a orientação jurisprudencial do STJ, o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento quando essencial para garantir a saúde ou a vida do segurado". Agravo de instrumento número 2069550-77.2025.8.26.0000. Relator(a): Corrêa Patiño. Comarca: São José dos Campos. Órgão julgador: 2ª Câmara de Direito Privado. Data do julgamento: 13/03/2025. Data de publicação: 13/03/2025.

Para fins recursais, fixo em 2% a verba



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

honorária, totalizando 12% da quantia fixada em sentença.

Por derradeiro, a fim de evitar a oposição de embargos de declaração, única e exclusivamente voltados ao prequestionamento, tenho por expressamente prequestionada, neste grau de jurisdição, toda a matéria, consignando que não houve ofensa a qualquer dispositivo a ela relacionado. Vale, ainda, lembrar que ao juiz cabe decidir a lide, apontando os fundamentos que lhe pareçam suficientes para embasar a conclusão a que chega, não sendo necessário que aprecie todos os argumentos articulados pelas partes, o que não representa vício ou mácula do julgado.

Na hipótese de oposição de embargos de declaração contra o presente acórdão, fica registrado que seu julgamento será efetuado pelo sistema virtual, tendo em vista que, nessa espécie de recurso, não cabe sustentação oral.

Diante do exposto, **nego provimento ao recurso.**

ALVARO PASSOS
Relator



Voto nº 51390/2025

Apelação Cível nº 1000635-27.2020.8.26.0498

Comarca: Ribeirão Bonito

Apelante: Spa Saúde - Sistema de Promoção Assistencial

Apelados: Bianca Tereza Galhardo Mascaro e Ana Lucia Galhardo

DECLARAÇÃO DE VOTO Nº 51390

Divirjo da E. Relatoria: é nítida a inexistência do direito à cobertura do medicamento, pois que evidenciado seu USO DOMICILIAR, além de atendimento NÃO HOSPITALAR – e nem se cuida aqui de antineoplásico oral para uso além do Nosocômio, na forma de entendimento da ANS.

A AFECÇÃO INSTALADA NÃO SE CUIDA DE CÂNCER.

A doença apontada não dá direito à medicação buscada.

Ver o Art.10 VI da Lei nº 9.656/98 – que exclui fornecimento obrigatório de droga para uso domiciliar.

Não há falar-se na cobertura ilimitada proposta pelo E. Relator; não se vê amparo legal para o sugerido julgamento, porque não há como elevar os custos da Operadora com atendimento não contratado; por sinal, recentemente o Des. FERREIRA ALVES, desta Câmara, em Sessão Pública, desabafou: NÓS JÁ QUEBRAMOS A UNIMED PAULISTANA, E VAMOS QUEBRAR OUTRAS MAIS – malgrado ao depois haja revelado que a observação refletia outras opiniões.

Desta Câmara a recente decisão no feito 1059725-25-2022 que consagrou a inviabilidade de atendimento para medicamento de uso domiciliar.

No Voto nº 47.145 o Des. J.J. DOS SANTOS, desta Câmara, faz referência a Venerando Julgado do Magnífico SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, que reformou decisão desta Câmara e afastou cobertura para fármaco que combateria hepatite crônica – justamente pelo uso não hospitalar.

Ver também do mesmo Relator o Voto nº 50.384.

O Desembargador ALVARO PASSOS, também desta Câmara, negou o fármaco CANABIDIOL, em seu Voto nº 49.318 de março de 2025 – sob fundamento justamente do uso domiciliar.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Desta Câmara o A.I. Nº 2059613-77 que, sob a insignificante relatoria do signatário, consagrou a inviabilidade de cobertura de medicamento de uso domiciliar, validada a exclusão contratual – ver Voto nº 45.146 a cujos termos aderiram as E. Juízas partícipes do julgamento, por V.U., na Sessão de 04.06.2024.

O Agravo de Instrumento nº 2053781, julgado nesta Câmara, por V.U., consagrou a inviabilidade de cobertura de fármaco de USO DOMICILIAR – OMNITROPE.

O Desembargador ALVARO PASSOS, desta Câmara, em seu recente Voto nº 47.262 de agosto de 2024 assentou que não fôra de ser deferido fármaco de uso domiciliar, fora dos casos previstos na Legislação.

Há que ser respeitada a prevalência do Contrato – que não contempla a modalidade; a decisão de Primeiro Grau encetou contrariedade à Legislação de regência, e aqui há que aplicar recente entendimento do Magnífico SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA:

MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR NÃO PODE RECEBER COBERTURA POR OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – ver RESP nº 1.983.928-GO e AGINT.RESP 1.747.463-SP – e desta Câmara o R. Voto nº 43.838 do Des. J.J. DOS SANTOS.

Ver ainda o Rec. Espec. nº 1.959.202-CE, da 3ª Turma do SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA; desta Relação de S. Paulo inúmeros precedentes afastam a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos de uso domiciliar: ainda desta Câmara o precedente:

LÍCITA A EXCLUSÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO E INSUMOS PARA USO DOMICILIAR (A.I. nº 2206161-81).

Nesse sentido, decisão do Magnífico Superior Tribunal de Justiça:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. CUSTEIO. OPERADORA. NÃO OBRIGATORIEDADE. ANTINEOPLÁSICO ORAL. NÃO CARACTERIZAÇÃO. LIMITAÇÃO LÍCITA. CONTRATO ACESSÓRIO DE

MEDICAÇÃO DE USO DOMICILIAR. POSSIBILIDADE. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. SUS. POLÍTICA PÚBLICA. REMÉDIOS DE ALTO CUSTO. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME).

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. Cinge-se a controvérsia a definir se medicamento de uso domiciliar (no caso, Viekira Pak, utilizado no tratamento de Hepatite-C), e não enquadrado como antineoplásico oral, é de cobertura obrigatória pelo plano de saúde.

3. **É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no Rol da ANS para esse fim.** Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021).

4. Os medicamentos receitados por médicos para uso doméstico e adquiridos comumente em farmácias não estão, em regra, cobertos pelos planos de saúde.

5. As normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998.

Ademais, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova.

6. A previsão legal do art. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 não impede a oferta de medicação de uso domiciliar



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

pelas operadoras de planos de assistência à saúde (i) por liberalidade; (ii) por meio de previsão no contrato principal do próprio plano de saúde ou (iii) mediante contratação acessória de caráter facultativo, conforme regulamentação da RN nº 310/2012 da ANS.

7. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência farmacêutica está fortemente em atividade, existindo a Política Nacional de Medicamentos (PNM), garantindo o acesso de fármacos à população, inclusive os de alto custo, por meio de instrumentos como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

8. Recurso especial provido.

(REsp 1692938/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/04/2021, DJE 04/05/2021).

Pleiteando por vênia, ante o avantajado tamanho desta divergência, transcrevo aqui, para reforçar a motivação, luminoso Voto do Des. J.J.DOS SANTOS, desta Câmara – que se adequa à espécie – conquanto exista notícia de que, ao depois, S.Exa. mudou o entendimento – mas as lições trazidas permanecem:

Voto nº 43838

Apelação Cível nº 1008144-68.2022.8.26.0100

Apelante/autor: Enrique Michaan Chalam

Advogados: Claudineia Jonhsson Freitas (Fls: 15/17) e outro

Apelada/ré: Bradesco Saúde S/A

Advogada: Alessandra Marques Martini (Fls: 57/117)

Origem: 20ª Vara Cível do Foro Central da Comarca da Capital

Juíza: Dra. Elaine Faria Evaristo

***APELAÇÃO CÍVEL. Plano de saúde.
Ação de obrigação de fazer. Negativa de***

cobertura de medicamento para cardiopatia, ministrado em ambiente exclusivamente domiciliar.

Custeio pela operadora. Não obrigatoriedade. Modificação do entendimento que vinha sendo adotado por esta Câmara, de modo a adequá-lo ao entendimento do Superior Tribunal de Justiça, a partir do julgamento do REsp 1.692.938/SP. Precedentes. Sucumbência mantida. Recurso improvido.

Trata-se de apelação interposta contra a r. sentença de fls. 187/192, que julgou improcedente a presente ação.

Inconformado, apela o autor as fls. 201/226, alegando, em suma, que a prescrição médica deve prevalecer. Bate-se pela obrigatoriedade da ré no custeio da medicação. Pugna pela procedência da ação e, subsidiariamente, pela redução do valor arbitrado a título de honorários sucumbenciais.

Contrarrazões às fls. 235/258.

É o relatório.

Presentes os requisitos, foi possível o juízo positivo de admissibilidade do recurso, razão pela qual processado, estando em condições de julgamento.

Alega o autor ser beneficiário de contrato de

assistência médica e hospitalar que firmou junto à ré, na modalidade empresarial. Em razão de seus problemas cardíacos, buscou e recebeu atendimento de médico cardiologista, que solicitou um tratamento imediato. Ocorre que a ré negou a cobertura do tratamento, sob alegação de que referido método não se encontra previsto no rol taxativo da ANS. Com isso, pleiteia que a ré garanta o tratamento mediante custeio e fornecimento da droga prescrita pelo médico (TAFAMIDIS MEGLUMINA – VYNDAQEL).

A r. sentença julgou improcedente a demanda.

Insurge-se o autor.

Pois bem.

Em que pese a difícil situação de saúde pela qual o autor está passando, com a qual esta Relatoria e Câmara se compadecem, o decisum não comporta reforma.

Ora, ressalvado entendimento anterior desta Relatoria no sentido da possibilidade de cobertura de fármaco de uso domiciliar, de rigor a adequação ao novo entendimento do C. STJ.

No ponto, a recente e reiterada orientação adotada pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça a respeito desse tema modificou esse entendimento.

Nesse sentido:

“Entretanto, particularmente acerca dos medicamentos de uso em domicílio, é de se mencionar a recente orientação assentada pela eg. Terceira Turma deste Tribunal Superior por ocasião do julgamento do REsp 1.692.938/SP, que validou a exclusão de custeio dos fármacos em ambiente externo ao de unidade de saúde, exceto os

antineoplásicos orais e de controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, a medicação assistida (home care) e os constantes do correspondente rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - Resolução Normativa 465, de 24/2/2021. Ressalvam-se as hipóteses de pagamento por liberalidade da operadora ou por força de previsão no contrato principal ou acessório do plano de saúde. Nestes termos, a ementa do citado precedente: RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. CUSTEIO. OPERADORA. NÃO OBRIGATORIEDADE. ANTINEOPLÁSICO ORAL. NÃO CARACTERIZAÇÃO. LIMITAÇÃO LÍCITA. CONTRATO ACESSÓRIO DE MEDICAÇÃO DE USO DOMICILIAR. POSSIBILIDADE. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. SUS. POLÍTICA PÚBLICA. REMÉDIOS DE ALTO CUSTO. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME). 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ). 2. Cinge-se a controvérsia a definir se medicamento de uso domiciliar (no caso, Viekira Pak, utilizado no tratamento de Hepatite-C), e não enquadrado como antineoplásico oral, é de cobertura obrigatória pelo plano de saúde. 3. É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no Rol da ANS para esse fim. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021). 4. Os medicamentos receitados por médicos para uso doméstico e adquiridos comumente em farmácias não estão, em regra, cobertos pelos planos de saúde. 5. As normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. Ademais, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova. 6. A previsão legal do art. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 não

impede a oferta de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde (i) por liberalidade; (ii) por meio de previsão no contrato principal do próprio plano de saúde ou (iii) mediante contratação acessória de caráter facultativo, conforme regulamentação da RN nº 310/2012 da ANS. 7. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência farmacêutica está fortemente em atividade, existindo a Política Nacional de Medicamentos (PNM), garantindo o acesso de fármacos à população, inclusive os de alto custo, por meio de instrumentos como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). 8. Recurso especial provido. (REsp 1.692.938/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, julgado em 27/4/2021, DJe 4/5/2021). Recentemente, a Quarta Turma desta Corte, no julgamento do REsp nº 1.883.654/SP, de relatoria do Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, também se posicionou no sentido de ser lícita a exclusão de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no rol da ANS para esse fim, alinhando ao entendimento já adotado pela Terceira Turma deste Tribunal Superior. O acórdão ficou assim ementado: RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR. MEDICAMENTO DE USODOMICILIAR. NÃO ENQUADRAMENTO COMO ANTINEOPLÁSICO, COMOMEDICAÇÃO ASSISTIDA (HOME CARE) NEM ESTÁ ENTRE OS INCLUÍDOS NO ROL DA ANS PARA ESSE FIM. COBERTURA LEGAL OBRIGATÓRIA. INEXISTÊNCIA. PRECEDENTE DA TERCEIRA TURMA. PRESERVAÇÃO DA TRIPARTIÇÃO DE PODERES. IMPRESCINDIBILIDADE. 1. "É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no rol da ANS para esse fim. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021)" (REsp n.

1.692.938/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/4/2021, DJe 4/5/2021). 2. Domiciliar, de acordo com a lei, refere-se a ambiente que, necessariamente, contrapõe-se a ambulatorial e a hospitalar, com o que se exclui da cobertura legal o fornecimento de medicamentos que, mesmo prescritos pelos profissionais da saúde e ministrados sob sua recomendação e responsabilidade, devam ser utilizados fora de ambulatório ou hospital. 3. O medicamento Tafamidis (Vyndaqel®), vindicado na demanda, embora esteja incorporado na lista de medicamentos do SUS desde antes do ajuizamento da ação, não se enquadra nos antineoplásicos orais (e correlacionados) ou como medicação assistida (home care), nem está entre os incluídos no rol da ANS para esse fim. 4. Como ponderado em recente recurso repetitivo julgado pela Segunda Seção, REsp n. 1.755.866/SP, relator Ministro Marco Buzzi, a universalização da cobertura não pode ser imposta de modo completo e sem limites ao setor privado, porquanto, nos termos dos arts. 199 da Constituição Federal e 4º, § 1º, da Lei n. 8.080/1990, a assistência à saúde de iniciativa privada é exercida em caráter complementar, sendo certo que a previsão dos riscos cobertos, assim como a exclusão de outros, é inerente aos contratos a envolver a saúde suplementar. Isso obedece à lógica atuarial, pois, quanto mais riscos forem cobertos, mais elevada será a contraprestação pecuniária paga pela parte aderente. 5. A saúde suplementar cumpre propósitos traçados em regras legais e infralegais. Assim sendo, não se limita ao tratamento de enfermidades, mas também atua na relevante prevenção, não estando o Judiciário legitimado e aparelhado para interferir, em violação da tripartição de Poderes, nas políticas públicas. 6. Recurso especial provido para restabelecimento do decidido na sentença. (REsp 1.883.654/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Quarta Turma, DJe 2/8/2021) No caso dos autos, o TJRS consignou expressamente que os medicamentos requeridos pela autora são para tratamento de Trombofilia Adquirida - Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídeo - SAAF, não se enquadrando como medicamento neoplásicos. Dessa forma, forçoso concluir que a solução jurídica esposada pelo TJRS, no sentido de obrigar a operadora

do plano de saúde ao fornecimento dos medicamentos em testilha, encontra-se em desacordo com o entendimento consolidado nesta Corte Superior, merecendo, portanto, reparos. Nessas condições, DOU PROVIMENTO ao recurso especial para julgar improcedentes os pedidos iniciais” (RESP nº 2013134-RS, Relator Ministro MOURA RIBEIRO, 01/08/2022);

“PROCESSUAL CIVIL. CONTRATOS. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. LEGALIDADE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. NÃO ANTINEOPLÁSICO. MEDICAÇÃO NÃO ASSISTIDA. FÁRMACO AUSENTE DOROL DA ANS. REEXAME DE CONTEÚDO FÁTICO-PROBATÓRIO. INADMISSIBILIDADE. DECISÃO MANTIDA. 1. De acordo com a jurisprudência desta Corte, “É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no Rol da ANS para esse fim. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021)” (REsp 1.692.938/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/4/2021, DJe 4/5/2021). 2. Agravo interno a que se nega provimento” (AgInt no REsp n. 1.983.508/RS, relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, Quarta Turma, julgado em 16/5/2022, DJe de 19/5/2022);

“AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. CUSTEIO. OPERADORA. NÃO OBRIGATORIEDADE. ANTINEOPLÁSICO ORAL. NÃO CARACTERIZAÇÃO. LIMITAÇÃO LÍCITA. CONTRATO ACESSÓRIO DE MEDICAÇÃO DE USO DOMICILIAR. POSSIBILIDADE. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. SUS. POLÍTICA PÚBLICA. REMÉDIOS DE

ALTO CUSTO. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME). 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ). 2. É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para esse fim. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021). 3. A medicação intravenosa ou injetável que necessite de supervisão direta de profissional habilitado em saúde não é considerada como tratamento domiciliar (é de uso ambulatorial ou espécie de medicação assistida). 4. Os medicamentos receitados por médicos para uso doméstico e adquiridos comumente em farmácias não estão, em regra, cobertos pelos planos de saúde. 5. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência farmacêutica está fortemente em atividade, existindo a Política Nacional de Medicamentos (PNM), garantindo o acesso de fármacos à população, inclusive os de alto custo, por meio de instrumentos como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). 6. Agravo interno não provido” (AgInt no REsp n. 1.747.463/SP, relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, julgado em 14/3/2022, DJe de 18/3/2022);

“EMENTA RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. NEGATIVA DE COBERTURA DE MEDICAMENTO. FÁRMACO DE USO DOMICILIAR. NÃO OBRIGATORIEDADE. ENTENDIMENTO EM HARMONIA COM O STJ. RECURSO IMPROVIDO” (RESP nº 1983928 GO, Ministro MARCOAURÉLIO BELLIZZE, 01/08/2022)



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Nesta linha de consideração, por se tratar de medicamento de uso exclusivamente domiciliar (não ambulatorial e hospitalar) impõe-se a manutenção da r. sentença, com adoção do entendimento atual do Colendo Superior Tribunal de Justiça.

Pelo exposto, nega-se provimento ao recurso.

JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS

**ROGATA VENIA, direito à vida é uma grandeza —
e burla ao Contrato, transformado em verdadeira inutilidade, é outra.**

REPETINDO: pelos motivos suso alinhavados, DIVIRJO DO RELATOR, e hei por DEFERIR PROVIMENTO ao recurso, absolvida a Operadora da cobertura, invertida a sucumbência.

SINE IRA ET STUDIO.

L. B. Giffoni Ferreira



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Este documento é cópia do original que recebeu as seguintes assinaturas digitais:

Pg. inicial	Pg. final	Categoria	Nome do assinante	Confirmação
1	11	Acórdãos Eletrônicos	ALVARO AUGUSTO DOS PASSOS	2A586C3C
12	23	Declarações de Votos	LUIZ BEETHOVEN GIFFONI FERREIRA	2A615137

Para conferir o original acesse o site:

<https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/sg/abrirConferenciaDocumento.do>, informando o processo 1000635-27.2020.8.26.0498 e o código de confirmação da tabela acima.